

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 103

Contribution à l'étude
des hémorragies secondaires
des suites de couches
à propos d'une observation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DAUTANÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 30 Octobre 1907, à ORAN (Oran)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

Contribution à l'étude
des Hémorragies secondaires des Suites de Couches
à propos d'une observation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 103

Contribution à l'étude
des hémorragies secondaires
des suites de couches
à propos d'une observation

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René DAUTANÉ

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 30 Octobre 1907, à ORAN (Oran)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. BONNET, agrégé, chargé de cours
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOUT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, président ; RHENTER, assesseur ;
ROCHET et EPARVIER



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Nous lui adressons l'expression de
notre respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il nous fait en accep-
tant de présider cette thèse.

A NOTRE JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROCHIER

Chef de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Lyon

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a toujours accueilli avec
la plus grande bienveillance. Nous lui
exprimons nos remerciements les plus
sincères.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX D'ALGER,

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Contribution à l'étude des Hémorragies secondaires des Suites de Couches à propos d'une observation

INTRODUCTION

A côté des hémorragies secondaires du post-partum dues à des rétentions, il est désormais classique de faire une place assez importante à cette forme d'hémorragies, que M. le Professeur Couvelaire a décrite sous le nom de « forme métrorragique de l'infection puerpérale ».

Dans notre thèse, nous croyons intéressant de rapporter un cas nouveau d'hémorragie sans rétention et d'illustrer quelques considérations générales à l'aide des observations qui nous ont paru les plus typiques parmi les plus récentes.

Sans vouloir donner une définition complète de notre sujet, il nous semble utile de préciser quand un écoulement sanguin prend la valeur d'une hémorragie et quand celle-ci peut être dite des suites de couches :

a) En parcourant les observations, nous trouvons que la perte sanguine est, suivant les cas, légère, moyenne, importante, et, si l'on donne des chiffres, ceux-ci varient depuis 120 grammes (Péry et Barthélémy) jusqu'à 1.400 grammes (Bansillon). Ce qui

nous fera dire hémorragie, c'est surtout la notion de gravité; telle malade aura perdu peu de sang et présentera des symptômes alarmants, telle autre supportera facilement une spoliation sanguine plus considérable.

b) « ...Les hémorragies secondaires du post-partum, que l'on doit complètement séparer des hémorragies précoces ou tardives de la période de la délivrance, se manifestent habituellement du sixième au quinzième jour, constituant ce que l'un de nous a nommé les hémorragies du deuxième septenaire des suites de couches... » (Voron et Pigeaud.)

Historique

L'histoire des hémorragies tardives des suites de couches, que la thèse si documentée de René Deffay vient d'étudier, a ceci de surprenant : elle commence très tard. En effet, avant le siècle dernier, les auteurs n'en parlent pas. Quand on songe à la gravité de ces hémorragies, à leur tableau clinique parfois si impressionnant, et à leur fréquence malheureusement trop grande, on est étonné d'un tel silence. C'est ce qui a fait dire à M. le Professeur Voron : « Un point cependant reste obscur : pourquoi voyons-nous maintenant avec une certaine fréquence ces hémorragies graves du post-partum que nos maîtres et les traités d'obstétrique semblent avoir non pas méconnues, mais ignorées, et dont surtout ils ne paraissent pas avoir observé comme nous l'évolution fâcheuse dans certains cas après la mise en œuvre de la thérapeutique classique ? Si, comme cela paraît vraisemblable, il s'agit là d'une modalité clinique nouvelle, comment expliquer son apparition relativement récente ?... »

La publication, en 1926, du Professeur Couvelaire, sur ce qu'il a appelé la forme métrorragique de l'infection puerpérale, oriente les esprits vers ce nouvel

aspect de la question. A partir de cette date, les observations d'hémorragies sans rétention se font de plus en plus nombreuses, ce qui différencie nettement cette période de la précédente.

Smellie, en 1765, paraît être le premier à parler des hémorragies tardives des suites de couches, mais ne leur accorde que peu d'importance. Au contraire, Baudelocque déclare en 1796 que parmi les accidents que cause la rétention, « le plus à craindre est l'hémorragie qui peut se manifester plus ou moins tard ».

A ce moment, la seule cause que l'on admette c'est la rétention, et on peut lire dans le Dictionnaire des Sciences médicales de 1817 que les hémorragies sont dues aux rétentions placentaires, et que le traitement convenable est le nettoyage de l'utérus après dilatation du col.

En 1835, nous trouvons, sous la plume de Velpeau, que : « ...Comme un corps étranger le placenta irrite la matrice, y appelle le sang, est une cause continuelle de pertes, d'accidents nerveux et de douleurs de tous genres. » Puis ce même auteur signale, avec Virchow, « des coagulations sanguines se déposant au niveau de l'insertion placentaire sur les thromboses qui, normalement oblitèrent les sinus utérins. »

Le premier travail d'ensemble de la question aurait été fait par Robertson, d'après Kermauner, comme le signale Digonnet dans sa thèse; mais, en France, les études se précisent :

Hervieux, dans son traité clinique des infections puerpérales de 1870, établit la distinction entre les

hémorragies de la délivrance et celles des suites de couches.

Pelaprat, en 1882, dans une thèse importante, paraît être le premier à avoir entrevu autre chose que la rétention dans l'étiologie des hémorragies tardives du post-partum : en effet, il distingue deux grandes causes :

a) *la rétention des débris placentaires ou des membranes;*

b) *l'inflammation avec fragilité particulière des vaisseaux.*

Par la suite, certains auteurs admettent que la rétention n'est pas seule à provoquer des hémorragies et que l'infection, par exemple, peut revendiquer une place dans l'étiologie de ces pertes sanguines; mais celles-ci sont considérées comme très rares et sans danger, c'est-à-dire pratiquement négligeables. Telle est du moins l'opinion de Commandeur dans le traité de Bar Brindeau et Chambrelent paru en 1907.

En 1914, Hoehne; en 1921, Vermelin, publient des observations.

En 1924, la thèse documentée de Noguères, qui a recueilli trente-cinq cas, est inspirée par le Professeur Couvelaire, et, deux ans plus tard, celui-ci, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, expose ses idées dans une communication d'une importance capitale :

« ...Les hémorragies survenant tardivement au cours des suites de couches après l'accouchement à terme ou près du terme, ne sont pas toujours en rapport avec l'existence d'une rétention de fragments plus ou moins importants de cotylédons placentaires.

Des métrorragies secondaires post-partum peuvent apparaître en dehors de toute rétention, après une, deux ou trois semaines. L'apparition de ces hémorragies coïncide avec l'apparition de symptômes révélant l'existence d'une infection sévère qui peut prendre rapidement l'allure septicémique, surtout si les manœuvres intra-utérines, curage ou curettage sont pratiquées dans le but de débarrasser l'utérus des débris placentaires dont on était en droit de supposer l'existence...

Le syndrome hémorragique et septique, heureusement exceptionnel, mérite d'être individualisé. On peut lui donner le nom de forme métrorragique de l'infection puerpérale. Son évolution est comparable à celle des hémorragies secondaires se produisant au niveau des plaies infectées... »

A partir de 1926, les observations se multiplient : Pour cette même année, il faut citer entre autres les cinq cas d'hémorragie sans rétention rapportés par Lévy Solal et Ravina.

En 1927, Deromps, Vignes et Leroux publient chacun un cas.

L'année 1928 est marquée par l'important travail de Digonnet, dont les conclusions reposent sur l'observation de 29 cas, et par le mémoire de Couvelaire, Portes et Digonnet. Parmi les observations publiées, notons celles de Le Lorier, Voron et Chavent, Voron et Moulinier, Trillat et Eparvier.

En 1929, les observations de De Vésian et René Solal, Rhenter et Savoye, Estienny et Ribat, Feuchter, Ménaché et Modiano, Péry et Barthélemy, Voron et

Bansillon, Voron et Pigeaud, Houel Larribère et Sesini, Estienny, Trillat et Douillet, et la thèse de Pierragi (Bordeaux). Il convient d'ajouter à cette liste la thèse de Marcel Chapuis, à Lyon, inspirée par M. le Docteur Trillat, qui réunit 14 cas d'hémorragies secondaires des suites de couches.

En 1930, citons le mémoire de Balard et celui d'Eparvier; les observations de Bansillon, Andérodias et Jeanneney, Boursier et Mangé, Faugère, Marc Rivière, Ménaché.

En 1931 le mémoire de Placentianu et la publication par Voron et Pigeaud de six observations d'hémorragies sans rétention, guéries par le traitement médical; les observations de A. Médiano, Vermelin, Louis Devraigne et Maurice Mayer, Lucie Borsea, Gonnet et Chanaleilles, Reeb, et la thèse d'Aumeunier à Lyon.

En 1932, dans la première partie de l'année, les observations de Levant et Weil, Rhenter et Benoît, Roume et Battle, Lemeland, Morel, Voron Pigeaud E. Rochet, Fulconis et Ezes, Audebert et Estienny, Voron et Brochier.

Symptomatologie

Andérodias et Péry, dans leur remarquable rapport au Congrès de Bordeaux d'octobre 1931 ont montré que les hémorragies tardives du post-partum constituent le plus souvent une « désagréable surprise »; les importantes statistiques que ces auteurs ont publiées suffisent à prouver l'absence de tout signe clinique capable d'annoncer avec certitude une hémorragie prochaine.

Après une telle mise au point de la question, nous ne pouvons mieux faire que de nous en inspirer.

La symptomatologie doit comprendre trois parties:

I. Les signes qui précèdent l'hémorragie.

II. L'hémorragie.

III. L'évolution.

I. LES SIGNES QUI PRÉCÈDENT L'HÉMORRAGIE.

Parmi les faits susceptibles de nous renseigner, il y a :

a) *L'accouchement.*

Celui-ci a été normal dans la plupart des cas, et si parfois il a nécessité une version ou une application

de forceps, s'il a été prématuré ou gémellaire, la fréquence des accouchements pathologiques n'est pas accrue.

b) *La délivrance.*

L'extraction du délivre et son examen, lorsqu'ils ont été correctement pratiqués, permettent-ils d'éliminer la possibilité d'une rétention et, par suite, d'une hémorragie consécutive ?

Deux cas sont à envisager :

- le délivre paraît complet;
- une rétention est évidente.

Dans le premier cas, il est très difficile d'être affirmatif quant à l'intégrité du placenta et de ses membranes; il est fréquent de voir des débris placentaires ou membraneux expulsés, des cotylédons extraits au doigt de la cavité utérine, alors que des praticiens avertis et consciencieux avaient conclu à l'absence de rétention. Il semble bien même que ce soit là la règle, lorsqu'on parcourt les nombreuses observations d'hémorragies avec rétention recueillies par Andérodias et Péry.

La façon dont la délivrance s'est accomplie a, aux yeux de nombreux auteurs, une importance peut-être plus grande que l'examen des annexes; ainsi M. le Professeur agrégé Rhenter a pu dire :

« Je suis convaincu que la fréquence qui nous paraît actuellement plus grande des hémorragies du post-partum doit être due pour une part à un certain relâchement dans la surveillance des délivrances. Je suis décidé, pour mon compte, à imposer de façon de plus

en plus stricte dans mon service l'application des disciplines de la délivrance dite retardée, en évitant en particulier les malaxations intempestives de l'utérus au moindre écoulement sanguin ou les tiraillements exercés sur le cordon pour, soi-disant, s'assurer du décollement du placenta. »

Dans le deuxième cas, la rétention est évidente. Ici ont fait généralement une révision utérine immédiate et on réalise ainsi le traitement préventif des hémorragies. En effet, en consultant les nombreuses observations publiées, il est rare de trouver un cas dû à une rétention diagnostiquée après la délivrance; parmi les 138 observations d'hémorragies avec rétention, groupées par Andérodias et Péry, une seule perte sanguine s'est produite malgré une révision utérine immédiate.

c) *Les suites de couches.*

L'infection, avec toutes ses manifestations, lochies fétides, utérus gros et douloureux, température, apparaît souvent au cours des suites de couches, mais se trouve heureusement loin de vouloir dire hémorragie à tout coup. Parmi ces symptômes, la fièvre, qui est une traduction fidèle de l'infection, permet-elle avec ses différents caractères de prévoir une hémorragie ? Il ne semble pas. En effet, la courbe de température est essentiellement variable : son début, insidieux ou violent, se place à n'importe quel moment des suites de couches, parfois même avant l'accouchement ou après l'hémorragie; quant au tracé thermique, il peut se présenter sous des formes bien dissimilaires, selon qu'il est régulier ou irrégulier, selon que la température est basse ou élevée.

Ce qui nous paraît le plus intéressant, c'est d'étudier comparativement la fréquence de la fièvre dans les hémorragies sans rétention et dans les hémorragies avec rétention. Il peut paraître normal que les hémorragies dues à l'infection soient plus souvent accompagnées de température que les hémorragies qui reconnaissent pour cause un cotylédon resté dans l'utérus; or, si nous consultons les statistiques publiées par Andérodias et Péry, nous sommes en présence des résultats suivants :

Sur 92 observations d'hémorragies sans rétention:

58 fois il n'y a pas eu de fièvre avant l'hémorragie;

34 fois on en a observé.

Sur 138 observations d'hémorragies avec rétention:

60 fois les suites de couches ont été apyrétiques;

72 fois il y a eu de la fièvre;

6 fois pas de renseignements.

Cette statistique nous paraît au-dessous de la réalité quand elle annonce que sur 92 cas d'hémorragies sans rétention, 34 fois seulement on a observé de la fièvre dans les suites de couches :

1° Des hémorragies peuvent être dues à des rétentions peu importantes qui passent inaperçues quand elles sont expulsées au milieu de caillots, et que seul l'examen histologique systématique pourrait découvrir.

2° Cette fièvre, quand elle existe, a pu apparaître au moment de l'hémorragie, ou un peu avant, comme dans l'observation que nous rapportons d'une malade qui a perdu abondamment quelques heures après une poussée thermique de 40°. Si la température s'élève

modérément après une assez longue période de suites de couches normales, il est possible que cet accident ne soit pas noté.

II. L'HÉMORRAGIE.

Lorsque l'hémorragie se produit, il est encore impossible de dire si elle est due à l'infection seule ou à la rétention, tellement les symptômes se ressemblent dans les deux cas. Les pertes sanguines liées à la rétention peuvent paraître plus tenaces et plus graves, mais cette impression est sans doute le fait des résultats excellents que le traitement médical permet d'obtenir dans les formes les plus sévères d'hémorragies du type Couvelaire.

Nous étudierons donc l'hémorragie tardive des suites de couches en général, en signalant, si nous en trouvons, les signes qui permettent de faire un diagnostic étiologique.

Elle se produit le plus souvent lors de la deuxième semaine et son mode d'apparition est très varié; quelquefois ce sont les lochies qui, insensiblement, se transforment, jusqu'à prendre la valeur d'une hémorragie; quelquefois le début est brusque, foudroyant, avec un retentissement profond sur l'état général.

L'abondance de cette perte sanguine, sa gravité, ne sont en rapport avec aucun ordre de symptômes, et ce n'est pas lorsque la fièvre est élevée que l'hémorragie est obligatoirement sérieuse. La quantité de sang perdu peut être très importante d'emblée, jusqu'à menacer la vie de la malade, ou alors l'hémor-

ragie, qui est de petit volume, se répète plusieurs fois et aboutit ainsi à une spoliation sanguine redoutable : ce sont ces derniers cas qui sont le plus à craindre par leur atteinte de l'état général, et c'est là surtout que l'on note le tableau clinique habituel caractérisé par la pâleur des téguments, les lèvres décolorées, le pouls filant, les syncopes.

Du côté de l'utérus, celui-ci, rempli de caillots, est gros et mou, souvent douloureux. Il peut sembler logique qu'un utérus renfermant un cotylédon ait un col entr'ouvert, et qu'un toucher cervical permette alors de reconnaître quelle est la cause de l'hémorragie. En réalité, on ne peut pas voir là un signe assez solide pour supporter le poids du diagnostic. En effet, tous les auteurs sont d'accord sur ce point :

D'une part, dans les cas d'hémorragies sans rétention, le col peut être béant;

D'autre part, lorsqu'un cotylédon est retenu dans la cavité utérine, le col est souvent fermé au début et reste tel tant que le cotylédon n'est pas décollé par les contractions utérines.

III. EVOLUTION.

L'évolution ne suit pas un cours qui peut être fixé à l'avance. Si la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie ne dépend pas toujours du traitement qui a été choisi, il n'en est pas moins vrai que celui-ci, dans certains cas, agit d'une façon évidente sur la marche des symptômes. C'est pour cela que nous étudierons les évolutions multiples de la maladie, dans le chapitre suivant sur les formes cliniques.

Formes cliniques

Nous reproduisons en tête de ce chapitre les principaux passages d'un article de notre Maître, M. le Professeur Voron. En effet ce sont là les idées qui nous ont été enseignées à la Clinique de la Charité et nous allons essayer de les illustrer à l'aide des observations qui nous ont paru les plus typiques :

« ...Jusqu'à ces toutes dernières années, l'accord semblait fait, aussi bien dans les traités et manuels d'obstétrique que dans l'esprit des obstétriciens, pour affirmer que les hémorragies tardives graves et tenaces (il ne peut s'agir ici que de celles qui méritent ces qualificatifs) du post-partum étaient presque toujours, sinon toujours, dues à la rétention de débris placentaires, et cédaient, toujours aussi, à l'extraction digitale ou instrumentale de ces débris, la notion d'infection concomitante ou consécutive étant omise ou considérée comme sans importance.

Mais, depuis une quinzaine d'années, il me fut donné de constater et de faire constater par mes collaborateurs et mes élèves que les faits étaient loin de cadrer toujours, et même habituellement, avec cette conception classique. Lorsque du 7^e au 15^e jour du post-partum, très rarement avant ou après, sollicité par une

hémorragie importante, on mettait la main dans l'utérus et que, trouvant l'organe vide, avec une surface placentaire plus ou moins irrégulière, ou bien avec quelques caillots, ou bien enfin un cotylédon inséré en un point de la paroi, nous curions avec soin cette paroi ou détachions ce cotylédon, l'hémorragie était bien et définitivement arrêtée; mais si, dans quelques cas, tout rentrait dans l'ordre, bien souvent, le plus souvent même, nous voyions apparaître ou s'aggraver les symptômes d'une infection à évolution plus ou moins rapide, mais à terminaison fréquemment mortelle. Une conclusion s'imposait : il fallait renoncer à ce curage utérin à effets néfastes et trouver une autre thérapeutique. C'est à quoi je m'employais pour mon compte. Mais comme il pourrait s'agir de faits groupés par le hasard en une série malheureuse, je m'abstins de rien publier ou écrire à ce sujet, attendant que d'autres observations et surtout d'autres observateurs vinsent confirmer ou infirmer mon expérience personnelle qui ne pouvait prétendre seule à modifier des notions unanimement admises. Ce fut Couvelaire qui, le premier, en mars 1926, apporta à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris des observations où était signalée l'aggravation des phénomènes infectieux après les nettoyages utérins et par voie de conséquence la légitimité de l'hystérectomie d'emblée ; après lui, Lévy Solal et Ravina, puis à l'occasion d'une discussion ouverte à la Société, Brindeau, Devé, Delestre signalèrent des faits de même ordre ou d'un ordre voisin ; en 1928, Desnoyers, à Paris ; à Lyon, Trillat et Epar-

vier apportèrent encore de très intéressantes observations.

Quant à celles que j'ai pu recueillir moi-même, elles peuvent être réparties en trois groupes:

1° Malades présentant des signes d'infection plus ou moins graves, et chez qui des hémorragies abondantes survenant et persistant, l'exploration intra-utérine ne permet pas de trouver un cotylédon ou un débris important retenu dans la cavité. C'est ce que Couvelaire appelle justement la forme hémorragique de l'infection puerpérale. Chez de telles malades, j'ai toujours vu le curage suivi de septico-pyohémie mortelle. Il faut donc lui substituer ou les moyens purement médicaux, hémostatiques comme l'ergot ou les extraits pituitaires, ou coagulants comme le citrate de soude intra-veineux, comme l'a conseillé M. Trillat dans notre dernière séance, ou anti-infectieux comme le filtrat de culture de streptocoque (Lévy Solal) ou le bouillon lactique (Devé), ou bien, si ces moyens échouent et si la malade est, du fait de l'hémorragie, dans un état trop grave, l'hystérectomie abdominale ou de préférence vaginale, préconisée par Couvelaire.

2° Malades chez lesquelles l'exploration intra-utérine révèle l'existence d'un cotylédon ou d'un débris placentaire faisant nettement saillie dans la cavité, et attaché le plus souvent à la surface interne par un pédicule mince. J'ai toujours vu dans ce cas les signes d'infection qui ne manquent jamais, rester légers, et l'état général bien conservé, sauf, bien entendu, en ce qui concerne les phénomènes d'anémie post-hémorragique. De ces malades, j'ai vu quelques

cas guéris après qu'on eût détaché le débris d'un coup de doigt. Mais il faut éviter avec soin de peigner la muqueuse et de comprimer fortement l'utérus au travers de la paroi abdominale. L'idéal serait même de saisir le corps étranger avec une pince. Mais cette terminaison heureuse est loin d'être la règle, et même les manœuvres les plus prudentes, quelle que soit par ailleurs la bénignité apparente de l'infection déjà existante, ne peuvent garantir la malade contre l'éclosion, souvent après une guérison apparente de quelques jours, d'une septico-pyohémie à grands frissons répétés et à grandes oscillations thermiques évoluant avec lenteur, quelquefois en quarante ou cinquante jours, vers la terminaison fatale. Là encore, on peut, quoique d'une façon moins absolue, puisqu'il y a un corps étranger intra-utérin, qui fait saigner, tenter les moyens médicaux, et si la persistance des pertes ne permet plus de temporiser, choisir entre l'hystérectomie, méthode mutilante, mais qui semble devoir donner la sécurité quoad ad vitam, et l'extraction prudente d'un cotylédon ou débris pédiculé, qui arrête l'hémorragie, mais ne garantit rien pour la suite. Quelques cas récents qui peuvent n'avoir été qu'une série malheureuse, nous feraient donner la préférence à l'hystérectomie.

3° Il s'agit dans ce 3° groupe de malades présentant des hémorragies graves et tenaces, chez lesquelles aucune exploration utérine n'étant tentée, pour éviter tout traumatisme d'un organe se défendant contre l'infection, l'expectation aidée des moyens médicaux indiqués plus haut et prolongés tant que la vie

de la malade n'est pas nettement en danger, permet d'obtenir la cessation de l'écoulement sanguin, cessation que j'ai toujours vu suivie, si aucune manœuvre utérine n'a été faite, de la guérison complète.

Le cas que M. Pigeaud et moi avons présenté récemment rentre dans cette catégorie et je n'hésite pas à dire que cette méthode expectative est pour nous la méthode de choix, et à laquelle nous avons recours chaque fois que nous nous trouvons en présence d'une hémorragie grave du post-partum ne menaçant pas immédiatement la vie de la malade. Par elle on obtient souvent, sinon même habituellement, des guérisons là où la méthode classique du nettoyage utérin pratiqué d'emblée, expose dans une proportion qui semble actuellement impossible à fixer, mais qui est certainement importante, à des désastres. Si l'expectation échoue, et elle échouera surtout lorsqu'il reste in utero un cotylédon, il reste l'hystérectomie, ou à la rigueur, dans certains cas qu'il est malheureusement impossible de préciser, l'ablation du cotylédon utérin... »

Il nous paraît impossible, dans l'étude des formes cliniques, de nous occuper seulement de l'allure des symptômes et de leur évolution en laissant de côté le traitement qui a été pratiqué. En effet, cette question des hémorragies tardives des suites de couches est assez neuve pour que des auteurs différents aient des idées sensiblement différentes sur la manière de soigner une même malade. Dans ces conditions, nous croyons préférable de voir l'un après l'autre les cas multiples qui peuvent se présenter, en tenant compte

de l'influence possible de la thérapeutique choisie. Ceci nous permettra ensuite de résumer la conduite à tenir qui semble la plus efficace avec le minimum de risques.

L'hémorragie pouvant être due à l'infection seule ou à la rétention, nous allons envisager les cas suivants :

I. — HÉMORRAGIES SANS RÉTENTION.

II. — HÉMORRAGIES AVEC RÉTENTION.

1° d'un cotylédon pédiculé,

2° d'un cotylédon adhérent,

au double point de vue du traitement obstétrical et du traitement médical.

Les cas qui ont nécessité une hystérectomie ne figurent pas ici ; en effet, cette opération n'est pas subordonnée à tel ou tel type d'hémorragie, mais seulement à la gravité de l'état de la malade, et se trouve le plus souvent imposée par l'échec d'une thérapeutique médicale ou obstétricale.

I. — *Hémorragies sans rétention*

A côté des formes bénignes, du moins en apparence, nous nous occuperons surtout des hémorragies du type Couvelaire où c'est l'infection qui domine le plus souvent.

TRAITEMENT OBSTÉTRICAL.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'introduction simple d'un doigt aseptique dans

une cavité utérine vide et infectée peut entraîner une aggravation redoutable de la maladie. A plus forte raison si, en présence d'un tel utérus, on se livre à des manœuvres de malaxation et de grattage intempestives, la recrudescence de l'infection sera la règle et conduira inévitablement à l'hystérectomie. Il ne faut pas croire que les manœuvres intra-utérines ne sont dangereuses que lorsque l'infection est profonde, mais il faut être persuadé que les cas où la température est presque normale n'offrent pas une sécurité plus grande.

Parmi les observations qui montrent le danger d'un toucher intra-utérin dans ces hémorragies sans rétention, citons, en la résumant, celle de M. Etienny, qui a paru dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, en octobre 1932 :

Mme X..., 28 ans, I pare.

Accouchement : Normal.

Délivrance : Hémorragie de la délivrance assez importante.

Délivrance artificielle.

Révision utérine.

Annexes complètes.

Suites de couches : Normales et apyrétiques jusqu'au 10^e jour.

11^e jour : écoulement continu de sang pur, 38°8. Traitement médical.

12^e jour : mêmes caractères de l'hémorragie et de la fièvre.

« ... C'est alors que, pour en avoir le cœur net et sans méconnaître les dangers qui pourraient en résulter, nous décidons de faire une exploration prudente au doigt, de la cavité utérine, si l'état du col le permet. Avec les plus rigoureuses précautions d'asepsie, nous pratiquons un toucher vaginal qui ne décèle rien dans les culs-de-sac et montre un

col béant à travers lequel l'index pénètre sans la moindre difficulté dans une cavité utérine très large, mais complètement vide, comme il fallait s'y attendre. A cette constatation qui n'a nécessité aucune manœuvre de grattage ou de « peignage » quelconque, mais simplement l'introduction aisée, douce et prudente, puis le retrait immédiat de l'index qui n'a rien perçu, se borne notre exploration. C'est littéralement le simple toucher intra-utérin. »

Le soir, température : 38,8.

Le lendemain matin, 13^e jour, température : 40,2 ; pouls : 130.

Les hémorragies persistent, donc aggravation très sérieuse due à ce simple toucher. Mais heureusement, le soir, la température descend à 38,8, puis la malade guérit.

« ... En terminant, nous nous permettons d'attirer l'attention sur la statistique des cas d'hémorragies septiques du post-partum étiquetées sans rétention dans le rapport d'Andérodias et Péry. Ces cas sont au nombre de 56. Trente-neuf fois on a eu recours à la thérapeutique locale, il y eut 15 morts. 17 fois on se borna à une thérapeutique générale, il n'y eut aucune mort. Dans ce dernier cas, il n'y eut pas d'exploration intra-utérine... »

TRAITEMENT MÉDICAL.

Celui-ci n'est plus discuté aujourd'hui. Que la fièvre soit presque normale, ou bien qu'elle soit alarmante, dans les deux cas les résultats sont excellents. L'arrêt de l'hémorragie, puis la chute de température sont obtenus presque à coup sûr et, si l'on n'est pas à l'abri d'un échec, celui-ci surviendra surtout lorsqu'on aura affaire à un cas très grave d'emblée, alors que l'on sera prêt à recourir à une hystérectomie.

Les publications nombreuses de M. le Professeur Couvelaire, de M. le Professeur Voron et de leurs collaborateurs apportent une liste de guérisons qui est rassurante. En particulier l'article de MM. Voron et Pigeaud, dans le *Progrès Médical* du 28 mars 1931, ayant trait à la guérison de six malades par le traitement médical et la statistique personnelle de M. Couvelaire sur ses opérées, ont permis à MM. Andérodias et Péry d'écrire :

« ... Nous croyons que tous les lecteurs de bonne foi seront d'accord avec nous pour estimer que les formes cliniques d'hémorragie du post-partum présentées par ces malades pourraient être rangées parmi les formes graves et même très graves. Et cependant ces six malades ont guéri par un simple traitement médical. On nous objectera peut-être qu'elles n'ont pas fait la preuve anatomique de leur profonde infection utérine, que l'on a, au contraire, toujours vérifiée chez les malades soumises à l'hystérectomie. Evidemment, elles n'ont pas fourni cette preuve anatomique et c'est fort heureux pour elles, mais elles ont fait la preuve clinique, et si l'on veut bien comparer les observations des malades de MM. Voron et Pigeaud avec celles des malades de M. Couvelaire et de ses élèves guéries chirurgicalement, nous croyons que les deux tableaux cliniques offriront bien des points similaires, ou tout au moins comparables... »

A ces six observations de MM. Voron et Pigeaud, il convient d'ajouter pour Lyon celle de MM. Voron, Pigeaud, E. Rochet (in *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, avril 1932), et celle que MM. Voron et Brochier

ont présentée à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon, au mois de juin 1932. Nous croyons utile de résumer ces deux observations récentes d'hémorragies tardives du post-partum, et nous ferons remarquer que c'est la malade de MM. Voron et Brochier qui, par son évolution ultérieure à cette publication, nous a donné l'idée de cette thèse.

OBSERVATION DE MM. VORON, PIGEAUD, E. ROCHET
(In *Bull. Soc. Obst. et Gyn.* Paris, avril 1932)

Age : 25 ans.

Parité : I pare.

Accouchement : gémellaire. Forceps sur premier enfant.

Délivrance : normale.

Perte sanguine : 600 gr.

Suites de couches : 38° le soir, 39° le 5° jour.

Le 5° jour, hémorragie de 300 à 400 gr. s'arrêtant spontanément.

Le 8° jour : hémorragie très importante. Température : 40°; pouls : 120.

Traitement : médical.

Suites : arrêt de l'hémorragie. Phénomènes généraux s'amendent. Guérison.

OBSERVATION DE MM. VORON ET BROCHIER
(*Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, juin, 1932)

Age : 27 ans.

Parité : I pare.

Accouchement et délivrance : normaux, à terme.

Suites de couches : normales jusqu'au 9° jour; le 9° jour, 40°.

Hémorragie de 800 grammes.

Traitement : médical.

Suites : suintements quelques jours. Guérison.

II. — *Hémorragies avec rétention*

Les hémorragies dues à un cotylédon en voie de décollement n'admettent sans doute pas la même pathogénie que celles dont un débris placentaire adhérent se trouve être la cause ; cependant ce sont surtout leurs différences cliniques qui les séparent.

1° RÉTENTION D'UN COTYLÉDON PÉDICULÉ.

Ce sont des malades qui, d'habitude, présentent une fièvre modérée et dont l'état n'inspire pas d'inquiétude immédiate ; ici, le col généralement entr'ouvert permet d'introduire un doigt dans l'utérus et de sentir la saillie d'un cotylédon retenu à la paroi par un pédicule plus ou moins mince. On enlève le débris ou bien on institue un traitement médicamenteux actif après s'être abstenu de toute manœuvre intra-utérine : dans les deux cas, la guérison est la règle.

a) *Traitement obstétrical.*

C'est dans ces conditions que le traitement obstétrical trouve le plus de partisans. En effet, il est si facile, lorsque le col n'est pas fermé, d'extraire d'un coup de doigt un cotylédon qui tient à peine et d'arrêter ainsi l'hémorragie. Cependant les auteurs sont d'accord pour proscrire toute intervention lorsque la courbe de température indique un état infectieux grave, et pour, dans tous les cas, limiter l'interven-

tion à l'extirpation simple du cotylédon : « L'idéal serait même de saisir le corps étranger avec une pince, » car il est dangereux de peigner la muqueuse et de malaxer l'utérus à travers la paroi abdominale.

Cependant, si ces manœuvres intra-utérines ont presque toujours des suites favorables, elles sont susceptibles exceptionnellement de déclancher une complication redoutable ; c'est ce qui se passe dans cette observation de MM. Voron et Moulinier que nous résumons :

Mme T..., 27 ans ; II pare.

Accouchement : normal.

Suites de couches : normales jusqu'au 8^e jour.

Le 8^e jour : hémorragie qui devient vite inquiétante ; la température monte.

Intervention : prudente et rapide.

On enlève, d'un coup de doigt, un débris pédiculé, face antérieure de l'utérus sans pression sur la paroi utérine et sans curage consécutif.

Arrêt immédiat de l'hémorragie, mais le soir, aggravation des signes généraux d'infection.

Cependant, trois semaines après l'intervention, les signes généraux se sont amendés. Température : 37°5.

La malade est considérée comme guérie.

Après quatre jours d'apyrexie à peu près complète, la fièvre se rallume à nouveau. Douleur à la cuisse gauche : phlébite. L'infection a réalisé dans un deuxième temps l'allure d'une septico-pyohémie avec l'aspect classique de sa courbe thermique à grandes oscillations inégales et avec l'apparition de foyers infectieux à des niveaux divers : phlébite G., foyer pulmonaire à la base droite, arthrite purulente du genou gauche.

Malgré tous les traitements effectués, l'évolution est fatale.

« Aussi n'hésitons-nous pas à nous déclarer entièrement d'accord avec Desnoyers, lorsqu'il dit que des fragments extraits facilement peuvent donner naissance aux mêmes accidents que ceux qui ont été extraits avec peine, et sans aller jusqu'à admettre que le nettoyage utérin, dans les hémorragies graves du post-partum, est toujours suivi du déclenchement d'une infection mortelle, nous croyons qu'il l'est d'une façon suffisamment fréquente (pour ce que nous avons observé, la grande majorité des cas) pour que l'hystérectomie d'emblée soit considérée, justement et logiquement, comme le meilleur et peut-être comme le seul moyen de donner à une malade menacée de mort par une hémorragie grave et rebelle, quelques chances, non d'une survie provisoire que procure bien toujours le curage utérin, mais d'une survie définitive qu'il n'assure pas parce qu'il allume souvent, sinon toujours, des phénomènes infectieux de la plus haute gravité. »

(Soc. Obst. et Gyn., Lyon, 3 décembre 1928.)

b) *Traitement médical.*

Bien conduit, celui-ci doit suffire.

L'utérus, grâce à ses contractions violentes, ne va pas tarder à se débarrasser de ce cotylédon pédiculé dont l'expulsion, plus souvent qu'on ne le croit, passe inaperçue au milieu des caillots sanguins. Les débris placentaires sont parfois minimes et l'on a sans doute raison de les soupçonner d'être la cause de ces pertes bénignes et apyrétiques étiquetées sans rétention ; en effet, l'absence complète de fièvre rend ces hémorragies difficilement assimilables au type Couve-laire dont l'infection fait l'étiologie et les symptômes.

Marcel Chapuis, après Dignonnet, l'a fait remarquer : Ce sont des cas d'hémorragies secondaires aux suites de couches normales ou légèrement fébriles, où l'on

observe une cessation spontanée de l'hémorragie avec guérison rapide. Nous sommes persuadé que l'examen macroscopique, le plus souvent insuffisant, devrait être accompagné d'un examen histologique qui donnerait souvent des renseignements précis sur la cause de l'hémorragie, et de ce fait, la plupart du temps une rétention serait décelée...

2° RÉTENTION D'UN COTYLÉDON ADHÉRENT.

Dans cette catégorie d'hémorragies, l'infection domine souvent et assombrit le pronostic ; en s'opposant à la thérapeutique locale, elle impose le traitement médical avec, en cas d'échec, l'hystérectomie.

a) *Traitement obstétrical.*

Nombreux sont les curages qui ont permis d'arrêter immédiatement une hémorragie importante. Cependant il faut éviter d'inoculer une paroi utérine primitivement saine, alors que l'infection est limitée au cotylédon que l'on extrait et, pour cela, opérer avec douceur sur une malade apyrétique ; en outre, le col souvent fermé ne permet pas une telle manœuvre. La fréquence des cas malheureux, aggravés par le curage, varie avec les auteurs ainsi que le montre Couvelaire :

« Toute la question est de savoir si ces cas sont fréquents. Il le semblerait d'après Couvelaire, Le Lorier, Metzger, Voron. Par contre, Audebert, Fruhins-holz et Vermelin, Balard et Pierragi, Trillat et Eparvier, Reeb apportent des statistiques où les cas aggra-

vés au point d'entraîner la mort après traitement intra-utérin sont relativement rares.

Le pourcentage de ces cas malheureux serait de 50 % pour Voron, alors que pour Reeb il ne dépasserait pas 8 %. »

Cette discordance frappante s'explique sans doute par le fait que ces statistiques groupent toutes les interventions intra-utérines sans tenir compte du degré de l'infection et de la valeur de la rétention.

De plus, il est normal de voir une mortalité plus élevée chez les obstétriciens qui ont employé le curage après échec d'une thérapeutique générale très poussée, car dans ces conditions le traitement local n'a eu affaire qu'aux cas très graves.

b) *Traitement médical.*

En faisant contracter l'utérus, il est possible que le cotylédon se détache et que les phénomènes infectieux et hémorragiques disparaissent de ce fait ; le traitement médical actif peu être continué tant que la malade n'est pas en danger de mort immédiate et, si l'on est obligé d'avoir recours à une hystérectomie, cette opération offrira le maximum de garanties. Il est évident que dans le cas d'un cotylédon adhérent, le traitement médical, aussi actif qu'il soit, se montre le moins souvent efficace, et c'est dans cette catégorie d'hémorragies que l'on rencontre la presque totalité des échecs de cette thérapeutique.

Conduite à tenir dans le cas d'une hémorragie tardive du post partum

Si le traitement obstétrical s'applique à des cas bien définis et n'est pas négligeable, le traitement médical doit être tenté en présence de toute hémorragie et réussit le plus souvent, ainsi que l'ont montré MM. Voron et Pigeaud :

Pour notre part, nous pensons que le plus grand nombre des hémorragies secondaires du post-partum guérissent sans intervention, à condition toutefois qu'on leur oppose un traitement médical actif. Il ne s'agit pas, à notre sens, d'une simple expectation, mais d'une thérapeutique convenablement réglée, qui s'est montrée efficace dans tous nos cas, à l'exception d'un seul, depuis quatre ans, c'est-à-dire sur plus de 5.000 accouchements.

Cette thérapeutique consiste surtout dans l'emploi des ocytociques. Nous utilisons l'ergotine et la pituitrine. Il nous semble que l'action de l'ergotine est plus nette. Mais la pituitrine permettrait, en espaçant les injections d'ergotine, de donner une dose totale d'ergot moins considérable. Dans le même ordre d'idées,

nous plaçons une vessie de glace sur le ventre et utilisons les injections vaginales hautes.

En même temps, nous avons recours à la médication coagulante. Nous donnons à nos malades du chlorure de calcium et du sérum de cheval par la bouche, nous faisons aussi des injections sous-cutanées de sérum de cheval. Nous n'avons pas eu recours à d'autres moyens. Mais nous sommes persuadé de l'action efficace dans de pareils cas, des injections de sérum citraté et aussi des petites transfusions répétées.

Il est entendu que bien que ces moyens aient paru remarquablement efficaces, cette thérapeutique peut cependant échouer. Aussi ne doit-elle être mise en œuvre que dans le milieu obstétrical ou chirurgical, milieu dans lequel il est permis d'attendre au maximum, une hystérectomie pouvant être pratiquée aussitôt si la nécessité s'impose.

Observations

CLINIQUE OBSTÉTRICALE, ANNÉE 1932, OBSERVATION N° 273

Mme P..., 27 ans.

Parité : I geste.

Antécédents immédiats de grossesse : rien à signaler ; grossesse bien supportée.

Accouchement : normal ; présentation et position O.I.G.A.

Délivrance : Présentation du placenta : face fœtale. Perte sanguine : normale. Durée de la délivrance : 1 h. 10. Extraction simple par refoulement. Pas d'accidents.

Annexes fœtales :

Placenta : forme circulaire ; dimensions, 16 × 16 ; poids, 530 gr. ; pas d'altérations.

Membranes : paraissent complètes ; point de rupture à 7 cm. du cordon ; altérations : décollement amnio-chorial partiel.

Cordon : gros et spiralé ; 45 cm. ; pas de circulaire ni de nœud.

..Suites de couches : Les suites de couches sont normales jusqu'au 9^e jour.

Le 9^e jour, se produit une poussée thermique à 40°, suivie d'une hémorragie de 800 grammes.

On envoie la malade à la 2^e infirmerie, où le traitement médical habituel lui est appliqué.

Des suintements persistent pendant quelques jours et diminuent jusqu'à l'arrêt définitif, tandis que parallèlement la température baisse.

L'utérus reste un peu gros.

L'examen minutieux des pertes n'a pas révélé la présence de débris placentaires.

La malade quitte l'hôpital le 20^e jour après son hémorragie : son état est satisfaisant.

Deux mois plus tard, la malade revient à l'hôpital, dans le service de M. le Professeur Villard, où elle est opérée pour abcès péritubaire.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VILLARD (année 1932)

Mme P..., 27 ans.

Antécédents : La malade a accouché il y a trois mois, dans le service de M. le Professeur Voron ; son accouchement a été normal.

Mais neuf jours après, elle présenta une hémorragie des suites de couches, importante, qui fut traitée et guérie par un traitement médical.

A partir de ce moment, un mois après l'accouchement, elle eut de la température, 38°, 38°5, et bientôt une douleur apparut dans le côté gauche de l'abdomen.

On diagnostiqua une salpingite qui fut traitée médicalement.

Mais, il y a une dizaine de jours, on s'aperçut d'une tuméfaction superficielle du côté gauche de l'abdomen, et celle-ci, en augmentant peu à peu, bombait sous la paroi.

On fit entrer la malade à l'hôpital.

Examen : Température, 38°5.

Tuméfaction superficielle, fluctuante, du volume d'une orange, siégeant au-dessus du pli inguinal.

Intervention (Professeur Villard) :

Incision parallèle au canal inguinal.

Ouverture d'une collection suppurée superficielle dans le fond de laquelle on aperçoit un petit orifice de communication qui, agrandi, conduit dans l'excavation pelvienne.

Une pince parvient jusqu'au Douglas, au niveau duquel on pratique une contre-ouverture qui permet de faire un drainage abdomino-vaginal.

Suites opératoires : normales.

Rapidement après l'intervention, la température descend.

Ablation du drain au bout du 8^e jour.

La plaie est assez longue à se refermer, cependant il n'y a pas de complications.

La malade quitte l'hôpital 17 jours après l'intervention.

Commentaires

En somme, l'observation que nous rapportons nous semble une des plus démonstratives parmi celles qui ont été citées à l'appui de l'existence de la forme hémorragique de l'infection puerpérale. En effet, après un accouchement normal, après une délivrance parfaite, du moins en apparence, cette malade voit apparaître dans le 2^e septenaire de ses suites de couches, avec de la température, une perte sanguine importante.

L'examen minutieux de ces pertes n'a jamais révélé l'existence de débris placentaires ; l'hémorragie cède sans curage et, l'étape utérine une fois franchie, l'infection va donner un phlegmon péri-tubaire dont l'existence ne fait aucun doute. Peut-on parler de rétention dans ce cas ? Logiquement, non. Peut-on parler de forme métrorragique de l'infection puerpérale ? Il est vraisemblable de le prétendre, étant donné les investigations cliniques et les constatations anatomiques que l'on a pu faire chez cette malade.

CONCLUSIONS

I. — Nous n'avons pas voulu faire un travail d'ensemble, mais, à côté de quelques considérations générales, apporter une observation qui nous semble très démonstrative de l'origine infectieuse de certaines hémorragies tardives du post-partum, sans rétention.

II. — Il est facile, nous semble-t-il, d'envisager ainsi les étapes :

- a) endométrite dont la malade a présenté tous les signes ;
- b) l'infection s'étend en largeur vers les annexes et aboutit à une péritonite enkystée péri-tubaire opératoirement constatée.

III. — L'étude de cette observation renforce, nous semble-t-il, l'importance du traitement médical dans la lutte contre les hémorragies tardives du post-partum, notion désormais classique et qui ne doit céder le pas aux méthodes obstétricales ou chirurgicales qu'après un échec duement constaté.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation,
le Vice-Président du Conseil de l'Université,

KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS et JEANNENEY. — Hémorragies secondaires graves du post-partum. Indications thérapeutiques. *Soc. d'Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 24 déc. 1929 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- ANDÉROMAS et PÉRY. — Les hémorragies tardives des suites de couches. *Rapport au VII^e Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de langue française à Bordeaux*, du 1^{er} au 3 octobre 1931.
- AUDEBERT et ESTIENNY. — Hémorragie tardive du post-partum. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.* Paris, octobre 1932.
- AUMEUNIER. — L'importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies secondaires du post-partum. Six observations. *Thèse*, Lyon, 1931.
- BALARD. — Les hémorragies tardives du post-partum ; étude clinique et thérapeutique basée sur 50 observations bordelaises. *Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 10 déc. 1929 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- BANSILLON. — Hémorragie grave du post-partum traitée par l'exploration digitale intra-utérine: guérison. *Soc. Obst. et Gyn.*, 3 juin 1930 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — *La pratique de l'art des accouchements*.
- BAUDELLOCQUE. — *L'art des accouchements*.
- BOURSIER et MANGÉ. — Hémorragie du post-partum. Hystérectomie. Mort. *Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 24 déc. 1930 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- BRIAND. — Les hémorragies tardives des suites de couches. *Journal des Praticiens*, 2 août 1930.

- CHAPUIS (Marcel). — Etude de 14 observations d'hémorragies secondaires du post-partum. Travail de la Maternité de la Charité. *Thèse*, Lyon, 1929.
- COMMANDEUR. — In Bar, Brindeau et Chambrelent. *La pratique de l'art des accouchements*, 1907.
- COUVELAIRE. — Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *Soc. Obst. et Gyn. de Paris*. Séance du 8 mars 1926.
- Les hémorragies tardives du post-partum. *Médecine*, IX, 1928, avril.
- Traitement des métrorragies tardives des suites de couches. *Rapport au VII^e Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de langue française*, Bordeaux, 1^{er} au 3 octobre 1931.
- COUVELAIRE, PORTES et DIGONNET. — Les hémorragies tardives des suites de couches. Indications de leur traitement par l'hystérectomie d'emblée. *Gynécologie et Obstétrique*, n° 5, 1928.
- DEFFAY (René). — Essai médico-historique sur un point de pratique obstétricale. Les hémorragies tardives des suites de couches. *Thèse*, Paris, 1931.
- DEROMPS. — *Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gynécologie*, Paris, avril 1927.
- DESNOYERS. — Rétentions placentaires partielles manifestées tardivement après l'accouchement. *La médecine Internationale*, avril 1928.
- DESNOYERS et DIGONNET. — Un cas de rétention placentaire partielle du post-partum à manifestations tardives. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, 12 mars 1928.
- DE VÉSIAU et SOLAL (René). — Hémorragie tardive et grave du post-partum ; transfusion ; pansements de bouillon-vaccin. Guérison. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 14 janvier 1929.
- DEVRAIGNE (Louis) et MAYER (Maurice). — Deux cas d'hémorragies du post-partum. In *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 6 juillet 1931.

- DIGONNET. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum. *Thèse*, Paris, 1928.
- EPARVIER. — Hémorragie par rétention placentaire un mois après un accouchement à terme : perforation utérine au cours de l'exploration digitale. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon*, 6 mai 1929 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- Contribution à l'étude des hémorragies tardives des suites de couches. *Gynécologie et Obstétrique*, avril 1930.
- ESTIENNY. — Hémorragie tardive du post-partum. Curettage. Perforation. Hystérectomie. Guérison. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1929.
- Forme métrorragique de l'infection puerpérale. Danger du toucher intra-utérin. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, octobre 1932.
- ESTIENNY et RIBAT. — Hémorragie au 6^e jour du post-partum et infection grave par rétention placentaire. Curettage. Thrombo-phlébite. Mort au 56^e jour. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- FAUGÈRE. — Hémorragie tardive du post-partum chez une femme ayant présenté une hémorragie due à une insertion basse du placenta (insertion marginale) traitée par évacuation utérine sous rachianesthésie. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 1930.
- FAVREAU. — Hémorragie tardive du post-partum par rétention cotylédonnaire. *Soc. Obst. et Gyn.*, Bordeaux, 30 avril 1929 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- FEUCHTER. — A propos d'un cas d'hémorragie tardive du post-partum. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- FULCONIS et EZES. — Un cas d'hémorragie tardive du post-partum. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, octobre 1932.

GONNET et CHANALEILLES. — Sept cas d'hémorragies tardives du post-partum traitées par le curage. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 2 mars 1931 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, avril 1931.

— Un cas d'hémorragie tardive du post-partum. Curage. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 1^{er} juin 1931 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1931

GROSSE — Les hémorragies tardives des suites de couches ne résultent pas toujours d'une rétention cotylédonnaire ; dans la moitié des cas elles sont dues à l'infection. *Le Concours Médical*, n° 18, 3 mai 1931.

HARTMANN. — Hémorragie tardive du post-partum. Curage. Guérison. *Soc. Obst. et Gyn.*, Nancy, juillet 1928 ; *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.

HERVIEUX — *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales. Suites de couches.* Paris, 1870.

HOEHNE. — Traitement de la rétention des débris placentaires. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 5 déc. 1914.

HOUEL, LARRIBÈRE et SÉSINI. — Deux cas d'hémorragies tardives du post-partum. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.

HOUEL et SY. — Hémorragie tardive du post-partum. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.

LE LORIER. — Hémorragie grave avec fièvre au 15^e jour du post-partum par rétention placentaire. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, juin 1928.

LEMELAND. — Hémorragie grave subite au 13^e jour des suites de couches. Rétention placentaire. Infection utérine. Hystérectomie. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, avril 1932.

LEVANT et WEIL. — Hémorragie par rétention placentaire post-partum ; curetage ; perforation utérine ramenant la trompe dans l'utérus ; nouvelle hémorragie. Hystérectomie. Mort. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, mars 1932.

- LÉVY, SOLAL et RAVINA. — Formes métrorragiques de l'infection puerpérale. *Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 19 avril 1926.
- MÉNACHÉ. — Hémorragie tardive du post-partum. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.
- Hémorragie tardive du post-partum liée à une rétention placentaire avec infection. Curage. Curettage. Guérison. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- MÉNACHÉ et MODIANO. — Rétention placentaire partielle du post-partum à manifestations hémorragique et infectieuse tardives. Curage. Curettage. Guérison. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- METZGER. — A propos des rétentions placentaires post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 12 nov. 1928 ; *C. R. in Bull. et Mémoires Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.
- MODIANO. — *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1931.
- MOREL. — A propos de quatre cas d'hémorragies secondaires du post-partum *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, avril 1932.
- NOGUÈRES. — Hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire. *Thèse*, Paris, 1924.
- PELAPRAT. — Des hémorragies puerpérales secondaires. *Thèse* Paris, 1882.
- PÉRY. — Mort par hémorragie par rétention placentaire pendant les suites de couches. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- PÉRY et BARTHÉLEMY. — Hémorragie secondaire du post-partum. Hystérectomie. Guérison. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- PETIT-DUTAILLIS (Paul). — Traitement du syndrome infectieux et hémorragique post-abortion et de certaines autres infections ou hémorragies post-abortion et post-partum. *Journal des Praticien*, 6 déc. 1930.
- PIERRAGI. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum et de leur traitement. *Thèse*, Bordeaux, 1929.

- PLACENTIANU. — L'état actuel du traitement des hémorragies tardives du post-partum. *La Gynécologie*, avril 1931.
- REEB. — A propos des hémorragies tardives des suites de couches. *Soc. Obst. et Gyn.*, Strasbourg, 2 mai 1931 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1931.
- RHENTER et BENOIT. — Hémorragie tardive du post-partum ; rétention de débris cotylédonnaires ; curage digital ; guérison sans incident *Société d'Obst. et Gyn. de Lyon* ; *C. R. in Bull. et Mémoires Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, mars 1932.
- RHENTER et SAVOYE. — Neuf observations d'hémorragies tardives des suites de couches. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, séance du 4 mars 1929 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- ROUME et BATTLE. — Deux cas d'hémorragies tardives du post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Montpellier ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1932.
- SMELLIE. — *Observations sur les accouchements*, 1765.
- TRILLAT et DOUILLET. — Perforation utérine au cours d'un curage digital dans un cas d'hémorragie secondaire tardive. Hystérectomie. Guérison. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 6 mai 1929 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1929.
- TRILLAT et EPARVIER. — Trois cas d'hémorragies secondaires graves du post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 5 mai 1928 ; *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.
- VANVERTS. — A propos du traitement des hémorragies tardives des suites de couches. *Echo Médical du Nord*, décembre 1931.
- VELPEAU. — *Traité complet de l'art des accouchements*, 1835.
- VERMELIN. — Hémorragies des suites de couches. *Bull. de la Société d'Obst. et Gynécologie de Nancy*, avril 1931.
- VERMELIN et DELFOURD. — Rétention cotylédonnaire tardive du post-partum. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.

- VERMELIN et HARTMANN — Rét. cotyl. du post-partum. Curage digital. Guérison. *C. R. in Bull. et Mém. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930.
- VIGNES (H.). — *Physiologie obstétricale normale et pathologique*. Masson, éd., Paris, 1923.
- VIGNES (H.) et LEROUX. — Hémorragies secondaires du post-partum : rétention placentaire et sphacèle du muscle utérin. *Annales d'Anatomie Pathologique*, mai 1927.
- VORON. — Discussion sur les hémorragies graves tardives du post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 4 mars 1929 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, Paris, mai 1929.
- VORON et BANSILLON. — Un cas d'hémorragie du post-partum. Traitement médical. Guérison. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 2 juin 1929 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, sept. 1929.
- VORON et BROCHIER. — Un cas d'hémorragie tardive du post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, juin 1932.
- VORON et CHAVENT. — Hémorragie des suites de couches. Traitement médical. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 5 juillet 1928 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.
- VORON et MOULINIER. — Hémorragies tardives du post-partum. *Soc. Obst. et Gyn.*, Lyon, 5 juillet, 1928 ; *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1928.
- VORON et PIGEAUD. — a) Hémorragie grave du post-partum douze jours après une révision utérine soigneuse pour hémorragie de la délivrance. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1931.
- b) Une observation d'infection puerpérale à type hémorragique. *C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, Paris, 1931.
- c) L'importance d'un traitement médical actif dans les hémorragies secondaires du post-partum. *Progrès Médical*, 28 mars 1931.
- VORON, PIGEAUD, ROCHET (E.). — Un cas d'hémorragie du 6^e jour des suites de couches guéri par le traitement médical. *Soc. Obst. et Gyn. de Lyon ; C. R. in Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, avril 1932.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Symptomatologie	17
Formes cliniques	23
Conduite à tenir dans le cas d'une hémorragie tardive du post-partum	39
Observations	41
Conclusions	45
Bibliographie	47



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 02 00 00 LYON 00 00 00 00



